

XXVII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SADEX

Trujillo 10/11 ABRIL 2026

PARADOR DE TRUJILLO

COMUNICACIONES ORALES

CO-1. EVALUACIÓN EN UNA COHORTE LOCAL DEL SCORE RETREAT Y MODELIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO BASADAS EN EL RIESGO DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR.

González Rayo A¹, Guiberteau Sánchez A¹, Narváez López I², Gómez Collado A¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, García Galera A¹, García Linares L¹, Almena Sereno JA¹, Rodríguez López A¹, Rasero Hernández C¹, Pereira Álvarez M¹, Monge Romero MI¹, Rodríguez Diez N¹, Pérez Gallardo B¹, Corchado Bejarano C¹, Blanco Fernández G¹, Narváez Rodríguez I¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ²DEPARTMENT OF MATHEMATICS. ATTENDIS-BADAJOZ.

Objetivo

La puntuación RETREAT integra alfa-fetoproteína pretrasplante, invasión microvascular y carga tumoral viable en el explante para estimar la recurrencia del carcinoma hepatocelular (CHC) tras trasplante hepático (TH). Aunque validada, su utilidad para personalizar la vigilancia radiológica es incierta. Evaluamos su rendimiento pronóstico y simulamos estrategias adaptadas al riesgo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de adultos trasplantados por CHC (2015–2022). Se incluyeron 43 pacientes. La recurrencia fue el desenlace principal. Se analizaron supervivencia libre de recurrencia (Kaplan–Meier), discriminación (índice C) y modelo de Cox. Se comparó con criterios de Milán y se simularon estrategias de desescalada.

Resultados

Hubo 4 recurrencias (9,3%), todas extrahepáticas. No ocurrieron con RETREAT 0; fueron 5,9% (1–2) y 23,1% (≥ 3). RETREAT mostró buena discriminación (C=0,79), superior a Milán (0,62). Cada punto aumentó el riesgo (HR 2,17; IC95% 1,08–4,34). La simulación redujo 19–23% las TC sin retraso diagnóstico teórico.

Conclusiones

RETREAT permite estratificación robusta del riesgo post-TH y respalda vigilancia personalizada, potencialmente más eficiente y segura.

CO-2. VALOR DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA HEMODINÁMICA HEPÁTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Domínguez Humanes J, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez Z, Nogués Gragera M, Masa Caballero A, Martín Holgado D, Herrador Paredes M, Mata Romero P, González Cordero PL, Vara Brenes D, Prados Manzano R, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Mateos Rodríguez JM, Fernández-Bermejo M, Robledo Andrés P, Solís Muñoz P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES.

Objetivo

Describir los hallazgos clínicos, etiológicos, hemodinámicos y el impacto clínico de los estudios de hemodinámica hepática en una cohorte consecutiva de pacientes.

Material y métodos

Estudio unicéntrico, descriptivo, que incluyó pacientes sometidos a estudio de hemodinámica hepática entre mayo de 2025 y la actualidad.

Resultados

Se incluyeron 22 pacientes (23 estudios), 63,6% varones, con edad media de 63,5 años (40–83). La etiología de la hepatopatía, en caso de haberla, fue heterogénea. Las principales indicaciones de los estudios fueron el control de respuesta a betabloqueante (BB)(39,1%), caracterización de la HTP (30,4%), evaluación en hepatocarcinoma (17,4%), valoración basal del gradiente (13%) y evaluación prequirúrgica (4,4%).

El 54,5% recibía BB; el 50% presentaba gradiente <12 mmHg. Entre cirróticos tratados, el 75% no estaba controlado hemodinámicamente. Se identificaron otras formas de HTP (no sinusoidal) en 6 pacientes. El diagnóstico más frecuente fue HTP no controlada (27,7%), seguido de enfermedad vascular portosinusoidal (18,2%). El manejo terapéutico se modificó en el 31,8%.

Conclusiones

Los estudios de hemodinámica hepática permiten caracterizar la HTP, identificar falta de respuesta terapéutica y optimizar

el manejo clínico, constituyendo una herramienta útil para la toma de decisiones individualizadas.

CO-3. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON ATEZOLIZUMAB Y BEVACIZUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR EN LA PROVINCIA DE CÁCERES.

Suárez Cordero A¹, López Sánchez D², Muñoz Luengo J³, Ceballos E³, Solís Muñoz P⁴, Martín Holgado D⁴, Fernández Bermejo M⁴

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN PUERTO PLASENCIA. ²SECCIÓN ONCOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN PUERTO PLASENCIA. ³SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES. ⁴SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. CÁCERES.

Introducción

El carcinoma hepatocelular (CHC) es una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. La combinación de atezolizumab y bevacizumab constituye actualmente un estándar terapéutico en primera línea en pacientes seleccionados. Los datos en práctica clínica real permiten complementar la información procedente de ensayos clínicos y aportar evidencia en poblaciones no seleccionadas.

Objetivo

Describir las características clínicas, la eficacia y la seguridad del tratamiento con atezolizumab y bevacizumab en pacientes con CHC en la provincia de Cáceres.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de CHC tratados con atezolizumab y bevacizumab en los dos hospitales con mayor población de la provincia de Cáceres. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas, línea de tratamiento, número de sesiones administradas, progresión tumoral, efectos secundarios y presencia de varices. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes.

Resultados

De 20 pacientes tratados con inmunoterapia, se incluyeron 19 tratados con atezolizumab y bevacizumab. La edad media fue de 68,4 años (rango 56–79), siendo el 95% varones. La etiología alcohólica estuvo presente en el 68,4%. Se realizó

biopsia en el 68,4% y el 10,5% presentaba varices. El 73,7% recibió tratamiento en primera línea y el 26,3% en segunda línea. La mediana de sesiones fue de 12 (rango 1–63). El 52,6% no presentó progresión y el 42,1% mostró progresión tumoral. El 42,1% presentó efectos secundarios, con suspensión de bevacizumab en dos casos.

Conclusiones

En nuestra cohorte, atezolizumab y bevacizumab mostró un perfil de seguridad aceptable y control de enfermedad en más de la mitad de los pacientes, apoyando su aplicabilidad en práctica clínica real.

CO-4. EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON SELADELPAR EN LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: COHORTE EXTREMEÑA MULTICÉNTRICA.

Fernández Bermejo M¹, García Martos E², Guiberteau Sánchez A³, Monge Romero MI³, García Abadía E⁴, Narváez Rodríguez I³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MÉRIDA. ³SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ⁴SECCIÓN DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN PUERTO PLASENCIA.

Introducción

La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad colestásica crónica autoinmune en la que la respuesta bioquímica se asocia con el pronóstico. Seladelpar, agonista selectivo del PPAR- δ , ha demostrado eficacia en ensayos clínicos, aunque la evidencia en práctica clínica real es limitada. El objetivo fue describir la experiencia multicéntrica en hospitales de Extremadura.

Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con CBP tratados con seladelpar en hospitales de las Áreas de Salud de mayor población de Extremadura. Se recogieron variables demográficas, evaluación de fibrosis, tratamientos previos, síntomas clínicos y parámetros bioquímicos al inicio y a los 3 y 6 meses. El análisis fue descriptivo mediante medias y desviación estándar.

Resultados

Se incluyeron 38 pacientes, con edad media de $58,6 \pm 13,4$ años; el 86,8% eran mujeres. El 50% disponía de biopsia hepática y el 55% de elastografía. El 55% había recibido previamente ácido obeticólico y el 32% presentaba prurito. A los 3 meses se observó un descenso de GGT hasta $115,8 \pm 127,9$ U/L ($\approx 50\%$) y de FAL hasta $133,1 \pm 60,4$ U/L ($\approx 42\%$), junto con reducción de GOT y GPT. En los pacientes con seguimiento a 6 meses ($n=12$), la FAL permaneció reducida ($155,4 \pm 83,6$ U/L), mientras que la GGT mostró cierta atenuación de la respuesta ($187,6 \pm 161,2$ U/L). Una paciente suspendió el tratamiento por decisión propia, sin efectos adversos relevantes.

Conclusiones

Seladelpar mostró una respuesta bioquímica temprana relevante en esta cohorte extremeña, especialmente en parámetros colestásicos, aunque el seguimiento limitado condiciona las conclusiones.

CO-5. RENDIMIENTO DE LOS ÍNDICES SÉRICOS FIB4 Y APRI FRENTE A LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN) EN UNA COHORTE CONSECUTIVA DE PACIENTES AMBULATORIOS

Zorrilla Abad J¹, Guiberteau Sánchez A¹, Monge Romero MI¹, Gómez Collado AM¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, Narváez López IS², Narváez Rodríguez I¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ²DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICAS, ATTENDIS. BADAJOZ.

Objetivo

Evaluar la correlación y el rendimiento diagnóstico de FIB4 y APRI frente a la elastografía hepática (FibroScan) en pacientes ambulantes.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico con 53 pacientes consecutivos con FibroScan y analítica concomitante. El 66% de pacientes estudiados fueron mujeres. La edad media fue 58,7 años. Se registraron edad, sexo, etiología y rigidez hepática. Se calcularon FIB4 y APRI. Se analizó la correlación, el rendimiento diagnóstico para fibrosis significativa y avanzada y la concordancia categórica.

Resultados

La correlación con la rigidez hepática fue moderada para FIB4 ($r=0,34$) y APRI ($r=0,33$). Para fibrosis significativa ($\geq F2$), el área bajo la curva fue 0,67 y 0,66, respectivamente; para $\geq F3$, 0,74 y 0,69, respectivamente. FIB4 $<1,3$ mostró sensibilidad del 75% para descartar $\geq F2$, mientras que FIB4 $\geq 2,67$ alcanzó especificidad del 100% con baja sensibilidad. APRI presentó sensibilidades reducidas y alta especificidad en puntos de corte elevados. La concordancia por estadios fue baja.

Conclusiones

FIB4 y APRI presentan correlación significativa pero moderada con FibroScan y rendimiento diagnóstico global moderado, ligeramente superior para FIB4 en fibrosis avanzada. La baja concordancia limita su uso como sustitutos de la elastografía en decisiones clínicas. Sería interesante aumentar el tamaño muestral para validar las conclusiones.

CO-6. INFECCIÓN POR VIRUS DELTA EN EXTREMADURA: RELINK-D.

Calderón Fernández-Salguero A¹, González Rayo A¹, Gómez Collado AM¹, García Galera A¹, Zorrilla Abad J¹, Núñez García G¹, Narváz Rodríguez I¹, Guiberteau Sánchez A¹, Fernández Bermejo M², García Martos E³, García Abadía E⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES, ³HOSPITAL DE MÉRIDA, ⁴HOSPITAL DE PLASENCIA.

Objetivo

Conocer la prevalencia del virus de la hepatitis delta (VHD) en pacientes con infección por VHB (HBsAg positivo) en nuestra comunidad autónoma.

Material y métodos

- Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes de las áreas de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia.
- Se estudia desde 2020 hasta finales de 2024 (al implantarse las "pruebas reflejas"), en los pacientes con HBsAg positivo.

Resultados

Del total de 1569 pacientes analizados, 144 (9.18%) rechazaron realizarse el Anti-VHD y 113 (7,2%) fueron ilocalizables o fallecidos.

Se contactó con 1312 pacientes (83.6%), 1291 (98.4%) tuvieron Anti-VHD negativo y 21 (1,6%) Anti-VHD positivo, de los cuales 7 (33.3%) presentaban RNA-VHD positivo y 14 (66.7%) eran RNA-VHD negativo.

Conclusiones

- El 98,4% de los pacientes con HBsAg positivo presentan Anti-VHD negativo, lo que descarta el contacto con el virus delta en la mayoría de la muestra.
- De los 1312 pacientes contactados con HBsAg positivo, 21 tenían Anti-VHD (1.6%). De estos, 7 (33.3%) tenían infección activa.
- De los 7 pacientes diagnosticados con infección activa (RNA-VHD+), 6 (83,33%) han iniciado tratamiento con Bulevirtida.
- Un 9,18% de los pacientes contactados no quisieron realizarse la determinación de Anti-VHD, destacando una resistencia significativa en el área de Cáceres (donde se concentra el 96,5% de las negativas totales).

CO-7. EPIDEMIOLOGÍA ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VHA EN ADULTOS JÓVENES

García Galera A, Núñez García GI, González Rayo A, Gómez Collado AM, Calderón Fernández-Salguero A, Zorrilla Abad J, García Linares L, Almena Sereno J, Rodríguez López A, Rodríguez Vidigal FF, Narváz Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Introducción

La infección por el virus de la hepatitis A (VHA) es un problema de salud pública mundial, especialmente en aquellas áreas donde las condiciones higiénico-sanitarias son subóptimas.

Últimamente se observa un cambio en el patrón epidemiológico dándose a mayor edad, y la vigilancia epidemiológica y caracterización clínica adquieren importancia.

Objetivo

Describir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes diagnosticados de infección por VHA en nuestra área.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico que analiza un total de 44 pacientes correspondiente al periodo entre 2021-2025, con determinación de Anti-VHA IgM positivo.

Resultados

De los 44 pacientes, con una edad mediana de 37,5 (19-84), 33 eran varones (75%), 2 (4.5%) fallecieron por proceso oncológico terminal simultáneo, 1 fue un falso positivo. 31 pacientes (73,8%) presentaron elevación de enzimas hepáticas por encima del límite superior de la normalidad (41 UI/ml). En los 10 restantes no datos en su historia.

El contagio de los 31 pacientes con afectación enzimática fue: 9 (29%) por transmisión sexual (ITS), 5 (16,13%) fecal-oral, 1% (3,23%) fecal-oral e ITS y 16 (51,6%) por causa desconocida.

27 pacientes (87,1%) requirieron ingreso hospitalario. 23 de ellos (74,2%) tuvieron una evolución favorable. 1 paciente continuaba con hipertransaminasemia elevada a los 2 meses del alta. 3 pacientes (9,68%) presentaron complicaciones graves.

Conclusiones

La infección por VHA en nuestra cohorte mostró un patrón epidemiológico y clínico con predominio en adultos jóvenes y una elevada proporción de formas sintomáticas.

CO-8. REGISTRO EXTREMEÑO DE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO DE LOS PRIMEROS CASOS.

Parras Castañera E¹, Delgado Guillena PG², Gutiérrez Cierco JL³, Pabón Carrasco S³, Vadillo Calles F¹, García Guerrero T¹, Vinagre Rodríguez G², García Abadía E¹, Borrillo Cruz JA²

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL DE VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA). ²SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MÉRIDA. ³SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DE MÉRIDA.

Introducción

La disección submucosa endoscópica (DSE) gástrica permite la resección en bloque de lesiones superficiales con intención

diagnóstica-curativa. La evaluación de los resultados iniciales es fundamental durante su implantación.

Objetivo

Describir las características clínicas, resultados técnicos y eventos adversos de los primeros procedimientos de DSE gástrica en Extremadura.

Material y métodos

Estudio descriptivo multicéntrico realizado en los hospitales de Mérida y Plasencia. Se analizaron variables demográficas, características lesionales, modalidad de resección, histología y eventos adversos intraprocedimiento y a 30 días.

Resultados

Se incluyeron 9 casos con edad media de 72,4 ± 6,4 años; el 66,7% varones. El 55,6% eran ASA II, 33,3% ASA III y 11,1% ASA IV. El tamaño medio lesional fue de 23,1 mm (mediana 20; rango 10-35) y el de la pieza 43,6 ± 20,2 mm (mediana 40; rango 20-80). Cinco lesiones se localizaron en tercio medio y cuatro en tercio distal. El tiempo medio fue de 137,8 minutos (mediana 120; rango 20-360); el 66,7% bajo anestesia general. En 6 casos (66,7%) la DSE fue completa. Se logró resección en bloque en el 100% y R0 en el 100% de los 7 con histología disponible. La histología mostró 4 displasias de bajo grado, 1 de alto grado, 1 adenocarcinoma intramucoso y 1 ausencia de displasia. Hubo 4 sangrados intraprocedimiento y 1 perforación; a 30 días, 1 sangrado y 1 perforación diferidos, sin mortalidad.

Conclusiones

La implantación inicial de la DSE gástrica en Extremadura es factible y segura, con elevada tasa de resección en bloque y R0.

CO-9. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS MEDIANTE VAC-STENT

Nogúes Gragera M, González Cordero PL, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez ZA, Domínguez Humanes J, Martín Holgado D, Masa Caballero A, Herrador Paredes M, Mata Romero P, Vara Brenes D, Prados Manzano R, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Fernández-Bermejo M, Solís Muñoz P, Gómez Hidalgo R, Robledo Andrés P, Mateos Rodríguez JM

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Objetivos

Describir la experiencia en el tratamiento endoscópico de las dehiscencias anastomóticas tras cirugía esofágica y colorrectal mediante el uso de prótesis VAC-STENT, evaluando su eficacia en el cierre del defecto, la duración del tratamiento, la necesidad de recambios y la aparición de complicaciones.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes intervenidos que desarrollaron dehiscencia anastomótica en el postoperatorio y fueron tratados mediante terapia endoscópica con VAC-STENT en el Hospital Universitario de Cáceres. Se incluyeron seis pacientes, recogiendo variables demográficas, quirúrgicas y oncológicas, así como características de la dehiscencia y del tratamiento endoscópico (recambios, duración total, terapias asociadas, tasa de cierre, complicaciones y estancia hospitalaria). El análisis realizado fue descriptivo.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por cinco hombres y una mujer, con una edad media de 58,8 años. Cuatro pacientes presentaron dehiscencia esofagogástrica tras esofagectomía tipo Ivor Lewis y dos dehiscencias colorrectales tras resección anterior baja, todos en el contexto adenocarcinoma, y habiendo recibido tratamiento neoadyuvante la mayoría. El diagnóstico fue entre los días 3 y 8 del postoperatorio, mediante TAC o endoscopia, con presencia de colección asociada en el 83,3% de los pacientes. El tratamiento con VAC-STENT, siempre combinado con terapias complementarias, tuvo una duración de entre 8 y 51 días. Se logró el cierre completo en el 100% de los casos, registrándose únicamente dos estenosis y un episodio de candidiasis, sin complicaciones graves.

Conclusiones

El tratamiento endoscópico con VAC-STENT puede suponer un cambio en el manejo de las dehiscencias tanto en el tratamiento como en su posible uso preventivo, favoreciendo un enfoque conservador, mínimamente invasivo y eficaz, con alta tasa de cierre y baja incidencia de complicaciones.

CO-10. DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCOPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CACERES. SERIE DE CASOS.

Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez ZA, Humanes Domínguez J, Nogúes Gragera M, Masa Caballero A, Mata Romero P, Herrador Paredes M, Gómez Hidalgo R, González Cordero PL, Hernández Alonso M, Martín Noguerol E, Molina Infante J, Fernández Bermejo M, Mateos Rodríguez JM, Solís Muñoz P, Martín Holgado D, Robledo Andrés P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Introducción

La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica avanzada que permite la resección en bloque de lesiones neoplásicas precoces o preneoplásicas del tracto gastrointestinal. En estómago y colon, ofrece una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía, posibilitando una resección curativa con adecuada evaluación histológica y correcto seguimiento posterior.

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de DSE en lesiones subsidiarias en el área de salud de Cáceres.

Material y metodos

Estudio observacional retrospectivo que incluye 4 pacientes con lesiones subsidiarias de tratamiento mediante DSE en los últimos 12 meses.

Resultados

Tres de las cuatro lesiones estaban en colon y una en estómago. El tamaño medio de las lesiones estaba en los 20 y los 40mm. Todas las lesiones fueron subsidiarias de DSE por riesgo de invasión submucosa y/o imposibilidad de resección en bloque mediante mucosectomía. Respecto a la técnica, en 3 casos se realizó DSE con resección en bloque y en 1 caso se realizó finalmente técnica híbrida con resección fragmentada. No hubo complicaciones durante ninguno de los procedimientos. Anatomopatológicamente se describieron 3 adenomas tubulovelloso con R0 y en 1 caso se describió adenocarcinoma con afectación de margen de resección profundo por lo que se recurrió a la cirugía posterior.

Conclusiones

Actualmente tres de los cuatro pacientes se encuentra en remisión completa de sus lesiones, solo un paciente requiso cirugía posterior. La DSE es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de lesiones colorrectales seleccionadas, alcanzando la resección curativa en la mayoría de los casos evitando así la necesidad de tratamiento quirúrgico.

CO-11. DRENAJE VESICULAR GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

Gómez Collado AM, Rodríguez López A, Carro Rossell FJ, Pérez Gallardo B, Estrada León I, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Introducción

El drenaje de la vesícula biliar guiado por ultrasonido endoscópico (USE) se ha posicionado como alternativa eficaz y segura a la colecistectomía en pacientes con colecistitis aguda y alto riesgo quirúrgico. En centros con experiencia, puede considerarse tratamiento definitivo tras fracaso o dependencia de la colecistostomía percutánea, evitando drenajes externos y reduciendo reintervenciones.

Descripción de casos

Presentamos una serie retrospectiva unicéntrica de seis pacientes consecutivos tratados entre octubre de 2024 y agosto de 2025 mediante colecisto-duodenostomía guiada por USE con prótesis metálicas de aposición luminal. La edad media fue de 89,7 años (rango 86– 92), con distribución equitativa por sexo. Todos presentaban colecistitis aguda litiásica y habían sido sometidos previamente a drenaje percutáneo, considerándose no candidatos a colecistectomía por muy alto riesgo quirúrgico.

El éxito técnico fue del 100%, lográndose correcta liberación y aposición protésica en todos los casos. La resolución clínica inicial se alcanzó en el 100% de los pacientes. Se registró un único evento adverso tardío (16,7%) consistente en obstrucción protésica, resuelto endoscópicamente mediante colocación de prótesis plástica coaxial. No se observó mortalidad relacionada con el procedimiento durante el seguimiento.

Conclusión

El drenaje vesicular guiado por USE constituye una alternativa eficaz y segura como tratamiento definitivo en pacientes con colecistitis aguda y muy alto riesgo quirúrgico, respaldando su indicación en centros con experiencia y dentro de un abordaje multidisciplinario.

CO-12. INFECCIÓN POR VIRUS DELTA Y TRATAMIENTO CON BULEVIRTIDE: EXPERIENCIA EN EXTREMADURA.

Calderón Fernández-Salguero A¹, González Rayo A¹, Gómez Collado AM¹, García Galera A¹, Zorrilla Abad J¹, Núñez García G¹, Narváez Rodríguez I¹, Guiberteau Sánchez A¹, Fernández Bermejo M², García Martos E³, Broncano Lavado A⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. ³HOSPITAL DE MÉRIDA. ⁴HOSPITAL DE DON BENITO-VILLANUEVA.

Objetivo

Estudio descriptivo de pacientes con infección por VHD en Extremadura tratados con Bulevirtide.

Material y métodos

A partir del estudio RELINK-D se identificaron 7 pacientes de hospitales de Badajoz, Cáceres, Mérida y Don Benito, de los cuales se tratan 6 con Bulevirtide. Se evaluaron variables clínicas, enzimas hepáticas, bilirrubina, carga viral de VHB y VHD, fibrosis y reacciones adversas al tratamiento.

Resultados

El 66,67% eran mujeres; con una edad media de 57,5 años y sin comorbilidades relevantes, salvo un trasplante renal. Cuatro pacientes tenían una fibrosis F4 compensada y dos una fibrosis F2-F3. Todos tenían Anti-HBs negativos y con infección por VHB controlada (en tratamiento con Entecavir o Tenofovir). Se logró una reducción significativa de RNA-VHD (indetectable o descenso ≥ 2 log) en una mediana de 9 meses. Mejoraron las transaminasas y la fibrosis hepática (dos pacientes con F4 bajaron a F2 y F3 respectivamente), pero con una ligera elevación media de bilirrubina no relevante. Salvo un caso de reacción local leve, no se reportan reacciones adversas significativas.

Conclusiones

Todos los pacientes tratados con Bulevirtida consiguieron una reducción de la carga viral y mejoría de parámetros bioquímicos en un corto periodo de tiempo y sin efectos secundarios asociados importantes.

COMUNICACIONES PÓSTERS

CP-01. RESOLVIENDO RETOS EN EL CIERRE DE ESCARAS. APLICACIÓN DE X-TACK SOBRE ESCARA DE GRAN TAMAÑO EN COLON ASCENDENTE.

Parras Castañera E¹, García Guerrero T¹, Suárez Cordero A¹, Vadillo Calles F¹, Gómez Hidalgo R¹, Calle Sanz R¹, García Abadía E¹

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA).

Introducción

Para el cierre de escaras tenemos diferentes dispositivos entre los que destacan los clips TTS (through the scope) por su frecuencia y facilidad de uso y los clips OTS (over the scope). Por otro lado, el dispositivo Overstitch (utilizado en endoscopia bariátrica) es útil en ocasiones, pero exige una curva de aprendizaje mayor. Como alternativa, el sistema X-Tack permite realizar una sutura continua de cuatro puntos sin la limitación de tamaño de los clips TTS y sin comprometer la maniobrabilidad como sucede con los sistemas OTS.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 56 años sin antecedentes con una lesión en colon derecho de extensión lateral, granular y con dos nódulos (Paris 0-IIa+Is+Is / LST-G) que abarca 50 mm y el 50% de la circunferencia (Figura 1a). Patrón superficial NICE 2, adecuada flotabilidad (Figura 1b).

Se realiza resección en fragmentos con diatermia en inmersión encontrando varios sangrados durante el procedimiento que se tratan con pinza de coagulación.

Del proceso anterior resulta una escara amplia (> 50 mm, Figura 2a) en colon ascendente, habiendo utilizado además

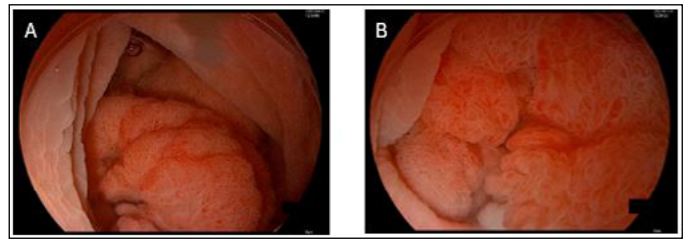


Figura 1.

una fuente de diatermia no controlada (ICC-200). Tres factores de riesgo para sangrado diferido, por lo que se cierra la escara. Para ello utilizamos el sistema X-Tack y varios clips TTS (Figura 2b).

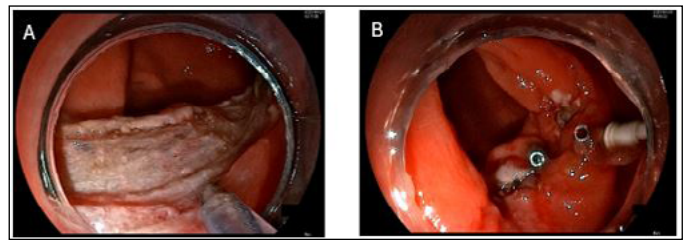


Figura 2.

No se registran complicaciones inmediatas ni tardías. El resultado del estudio anatomopatológico es adenoma tubulovelloso. En la primera revisión no se encuentra recidiva (Figura 3).

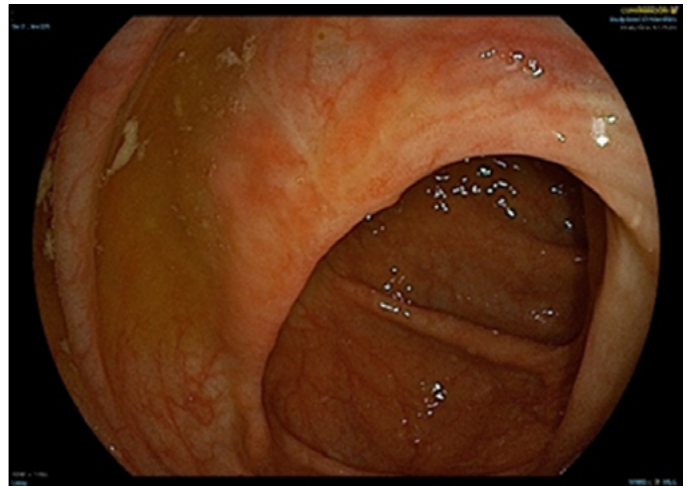


Figura 3.

Para el apoyo visual del caso, dejamos un vídeo resumen (Figura 4).

Bibliografía

1. Lewis GLW. Prevention of delayed bleeding after resection of large colonic polyps. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2024 Jun-Jul;68-69:101907. doi: 10.1016/j.bpg.2024.101907. Epub 2024 May 16. PMID: 38749583.



Figura 4.

2. Ferlitsch M, Hassan C, Bisschops R, Bhandari P, Dinis-Ribeiro M, Riso M, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2024. *Endoscopy*. 2024 Jul;56(7):516-45. doi: 10.1055/a-2304-3219. Epub 2024 Apr 26. PMID: 38670139.

3. Suresh Kumar VC, Singh S, Loganathan P, Mohan BP, Aswath G, Akbar Khan HM, Sapkota B, Andrawes S, Inamdar S, Adler DG. Comparing the safety and efficacy of over-the scope suturing, through the scope suturing, and endoscopic hand suturing for closure of GI defects after endoscopic resection: systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2025 Mar 7:S0016-5107(25)00149-X. doi: 10.1016/j.gie.2025.03.002. Epub ahead of print. PMID: 40056955.

CP-02. TORE COMO TRATAMIENTO DE RESCATE DEL SÍNDROME DE DUMPING TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Parras Castañera E¹, García Guerrero T¹, Morán López JM², Suárez Cordero A¹, Vadillo Calles F¹, Gómez Hidalgo R¹, Calle Sanz R¹, Ávila Alarcón IR³, Alarcón González MI³, García Abadía E¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA). ²SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA).

Introducción

El síndrome de Dumping es un fenómeno postprandial con un conjunto de síntomas gastrointestinales y vasomotores debido a un rápido vaciamiento gástrico en el contexto de una cirugía bariátrica. El manejo inicial se basa en ajustes dietéticos y tratamientos farmacológicos (acarbosa, calcioantagonistas, agonistas-GLP1). En casos refractarios se puede plantear un rescate quirúrgico. La reducción de la anastomosis por endoscopia (transoral outlet reduction, TORe) supone una alternativa eficaz (más del 80% de éxito clínico) y segura (con una tasa de efectos adversos graves del 3%).

Caso clínico

Paciente de 45 años sometida a un bypass gástrico en Y de Roux bariátrico en 2021. Tras 2 años comienza con síntomas sugestivos de síndrome de Dumping. A pesar del manejo médico optimizado la paciente presenta hipoglucemias graves por lo se nos solicita valoración para TORe.

En la gastroscopia inicial se revela una anastomosis gastroyeyunal de 25mm de calibre (Figura 1).



Figura 1.

Bajo anestesia general, realizamos TORe utilizando un gastroscopio terapéutico (3,8 mm, canal único) y el sistema de sutura transmural OverStitch. Con plasma argón se ablaciona un segmento circunferencial de 2-3 cm alrededor de la anastomosis (Figura 2). Posteriormente, se realiza una sutura en cuatro puntos en forma de C (Figura 3) que permite la reducción del calibre de la anastomosis a 8-9 mm. Sin complicaciones durante la técnica ni en el seguimiento posterior.

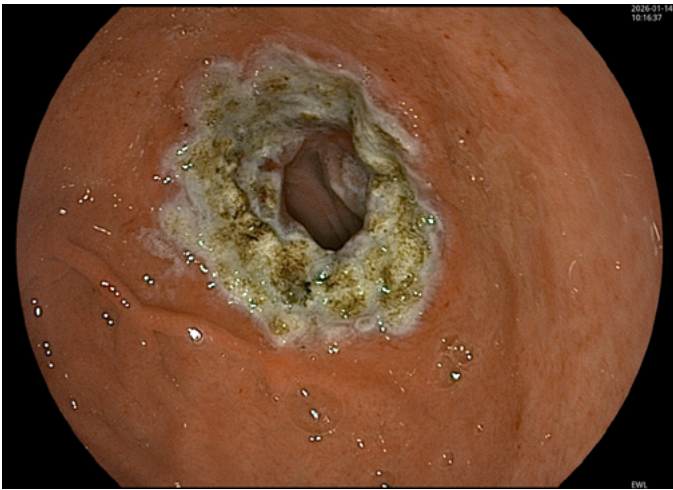


Figura 2.

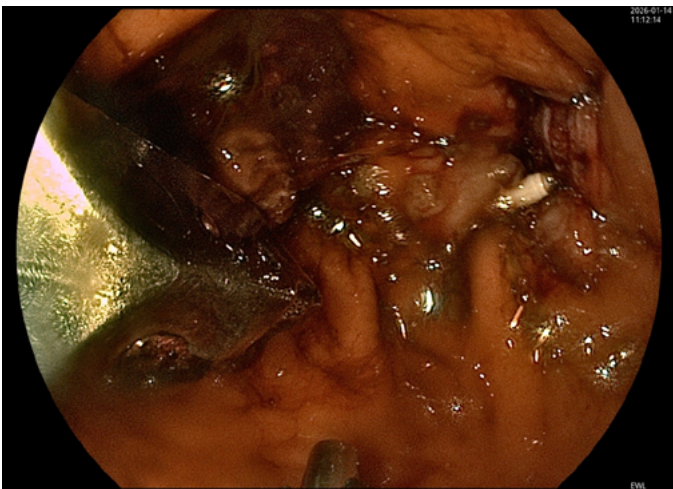


Figura 3.

Tras 2 meses, la paciente se encuentra prácticamente asintomática. Realizamos gastroscopia de control en la que persiste esta reducción de calibre (Figura 4).

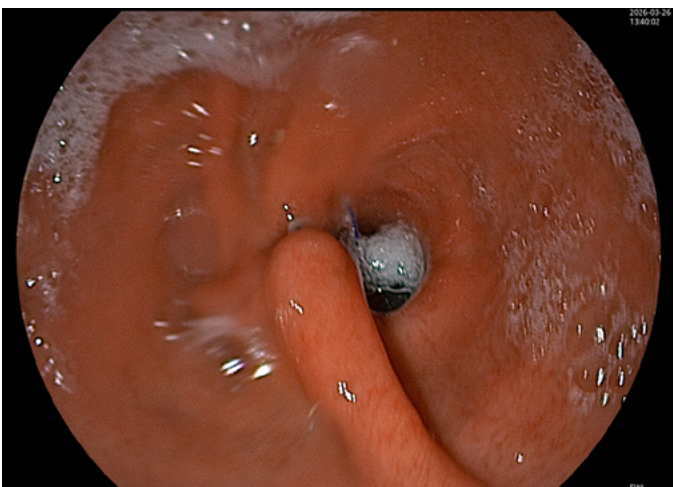


Figura 4.



Figura 5.

Bibliografía

1. Beran, A., Ramai, D., Albakri, A., Alchirazi, K., Saleem, N., & Gromski, M. A. (2025). Transoral Outlet Reduction for Dumping Syndrome After Roux-En-Y Gastric Bypass: a Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity surgery*, 35(11), 4620–4627.
2. Hakiza, L., Sartoretto, A., Burgmann, K., Kumbhari, V., Matter, C., Seibold, F., & Staudenmann, D. (2023). Transoral Outlet Reduction (TORe) for the Treatment of Weight Regain and Dumping Syndrome after Roux-en-Y Gastric Bypass. *Medicina*, 59(1), 125.
3. Lovis, J., Fischli, S., Mongelli, F., Mühlhäusser, J., Aepli, P., Sykora, M., Scheiwiller, A., Metzger, J., & Gass, J. M. (2024). Long-term results after transoral outlet reduction (TORe) of the gastrojejunal anastomosis for secondary weight regain and dumping syndrome after Roux-en-Y gastric bypass. *Surgical endoscopy*, 38(8), 4496–4504.

CP-03. DRENAJE BILIAR GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO TRAS FRACASO DEL ABORDAJE TRANSPAPILAR

Rodríguez López A, Carro Rossell FJ, Pérez Gallardo B, Estrada León I, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Introducción

La ictericia obstructiva maligna es una complicación frecuente del adenocarcinoma de páncreas avanzado y se asocia

con deterioro clínico. Aunque la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye el tratamiento de primera línea para el drenaje biliar, su fracaso no es infrecuente. En este contexto, el drenaje biliar guiado por ultrasonido endoscópico (USE) se ha consolidado como una alternativa eficaz y menos invasiva.

Caso clínico

Se presenta una serie de cuatro pacientes con adenocarcinoma de páncreas estadio IV e ictericia obstructiva maligna tras fracaso de CPRE, tratados mediante coledoco-duodenostomía guiada por USE. Se alcanzó un 100% de éxito técnico y clínico, con descenso significativo de la bilirrubina sérica. Se registró un evento adverso tardío (obstrucción protésica), que fue manejado exitosamente mediante colocación endoscópica de una prótesis plástica coaxial. No se produjo mortalidad relacionada con el procedimiento.

Conclusiones

La coledoco-duodenostomía guiada por USE es una opción segura, eficaz y reproducible para el drenaje biliar paliativo tras CPRE fallida en centros con experiencia.

La baja tasa de complicaciones observada y la ausencia de mortalidad relacionada con el procedimiento confirman un perfil riesgo-beneficio favorable, incluso en pacientes con supervivencia limitada. Este aspecto es especialmente relevante en el contexto paliativo, donde la proporcionalidad terapéutica y la minimización del impacto iatrogénico constituyen objetivos prioritarios.

CP-04. TRATAMIENTO ECOENDOSCÓPICO DE VARICES GÁSTRICAS. CASO CLÍNICO.

Rodríguez López A, Carro Rossell FJ, Pérez Gallardo B, Estrada León I, González Rayo A, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Introducción

Las varices gástricas (VG) se presentan en el 20% de los pacientes con hipertensión portal y, aunque menos frecuentes que las várices esofágicas, se asocian con episodios de sangrado de mayor gravedad. La inyección endoscópica de cianoacrilato ha sido el tratamiento estándar; sin embargo, esta técnica asocia eventos adversos graves. En este contexto,

el tratamiento guiado por ultrasonido endoscópico (USE) mediante la colocación de endocoils ha emergido como una alternativa terapéutica segura y eficaz.

Caso clínico

Se trata de un varón de 64 años, con enfermedad hepática avanzada secundaria a enolismo y esteatosis hepática metabólica, MELD-Na de 14 con antecedente de un episodio de hemorragia digestiva alta secundario a VG, manejado médicamente durante la fase aguda. En la gastroscopia de seguimiento se identificaron várices gástricas aisladas, de aproximadamente 16 mm de diámetro. Se decidió profilaxis secundaria mediante endocoils USE-guiado. El paciente no presentó complicaciones inmediatas y fue dado de alta a las 24 horas. En el seguimiento clínico-radiológico se comprobó la ausencia de flujo y no se registraron episodios de resangrado.

Discusión

La profilaxis secundaria de las VG representa un reto terapéutico debido al alto riesgo de resangrado y mortalidad. Aunque el cianoacrilato continúa siendo una opción efectiva, sus limitaciones han impulsado el desarrollo de técnicas guiadas por USE. La colocación de endocoils permite una embolización mecánica controlada, favoreciendo la trombosis local y reduciendo el riesgo de embolización sistémica. El caso presentado demuestra que el uso de endocoils en monoterapia puede ser suficiente para lograr un control efectivo de las VG en profilaxis secundaria.

CP-05. ICTERICIA COLESTÁSICA COMO FORMA DE DEBUT DE TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO METASTÁSICO: CUANDO LA CLÍNICA DESORIENTA.

Casiano Manzano S, Domínguez Humanes J, Fernández Bermejo M, Jiménez Colmenarez Z, Martín Holgado D, Mateos Rodríguez JM, Molina Infante J, Nogúes Gragera M

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES.

Objetivo

Describir un caso sobre un tumor neuroendocrino pancreático (TNEp) metastásico cuyo debut colestásico orientó el proceso diagnóstico hasta su confirmación.

Material y métodos

Varón de 45 años, hipertenso y dislipémico, bebedor y exfumador, con cuadro de astenia, coluria y leve ictericia. Analítica con patrón colestásico (BT 1,6 mg/dL; GGT 1980 U/L). Ecografía: múltiples lesiones hepáticas y masa pancreática. Ecoendoscopia con biopsia de lesión pancreática y adenopatía. TAC corporal y gammagrafía/SPECT-TAC de receptores de somatostatina. CPRE con prótesis metálica biliar.

Resultados

Se identificó masa pancreática infiltrativa de 6 cm (cabeza-uncinado/cuerpo) con afectación vascular y adenopatías voluminosas, múltiples metástasis hepáticas hipervasculares y trombosis esplénica. Anatomía patológica: TNE bien diferenciado G2 (marcadores neuroendocrinos positivos, ATRX conservado). Imagen funcional con captación intensa en páncreas, ganglios e hígado (SSA+). Durante la evolución presentó colecistitis aguda tratada con colecistostomía percutánea. Estadio IV (ganglionar y hepático), ECOG 0, sin síndrome funcional.

Conclusiones

Los TNEp son neoplasias infrecuentes ($\approx 1-2/100.000/año$), habitualmente no funcionantes y diagnosticadas de forma incidental o por síntomas compresivos tardíos. La ictericia como forma inicial no es la presentación más habitual. La combinación de ictericia obstructiva y lesiones hepáticas hipervasculares debe hacer sospechar TNEp, especialmente ante ausencia de dilatación biliar franca inicial. La ecoendoscopia con biopsia y la imagen funcional son claves diagnósticas. El manejo multidisciplinar y la derivación a centro de referencia permiten optimizar opciones terapéuticas, incluyendo ensayos clínicos, en una entidad poco frecuente y de presentación atípica.

Bibliografía

1. Ito T, et al. Pancreatic neuroendocrine tumors: clinical features, diagnosis ... In: Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2013. PMID:23582916. Disponible en: PubMed Central. (pNET definición, presentación clínica y diagnóstico).
2. Zhou C, Zhang J, Zheng Y, Zhu Z. Pancreatic neuroendocrine tumors: A comprehensive review. 2018. (epidemiología, presentación no funcional, tratamiento).
3. Mills EA. Functional Pancreatic Neuroendocrine Neoplasms. MDPI. 2025;6(3):38. (<2% de todos los tumores pancreáticos; clasificación y manifestaciones clínicas).

4. European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) Guidelines & Standards of Care. ENETS.org. 2023-2024. (directrices de diagnóstico y manejo de TNE, incluidas pNET).

5. Lee DW. Diagnosis of Pancreatic Neuroendocrine Tumors. Clin Endosc. 2017. (guía diagnóstica y uso de técnicas de imagen/ecoendoscopia).

6. Portuguese Pancreatic Club Perspectives on NF Pancreatic Neuroendocrine Tumors. Porto J Gastroenterol. 2025. (presentación clínica de tumores no funcionantes y compresión de vías biliares).

CP-06. MÁS ALLÁ DE LO HABITUAL. ADENOCARCINOMA DE DUODENO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Galera A, Zorrilla Abad J, González Rayo A, Gómez Collado AM, Calderón Fernández-Salguero A, Núñez García G, García Linares L, Almena Sereno J, Rodríguez López A, Henao Carrasco A, Rasero Hernández C, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Revisión de la literatura acerca del AD conformado por los síntomas, pruebas complementarias necesarias hasta alcanzar el diagnóstico microscópico y poner de manifiesto un caso clínico de nuestra área de servicio.

Material y métodos

Descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica del AD.

Resultados

La poca frecuencia de aparición hace del AD una patología con pocas características definitorias para su sospecha. La inespecificidad tanto de antecedentes personales (AP) como de los síntomas, principalmente dolor abdominal, lo convierte en un reto diagnóstico. Analíticamente no presenta alteraciones llamativas y dentro de las pruebas de imagen, dada su localización estrecha con otras estructuras anatómicas, su origen es confuso. Es necesario la endoscopia digestiva alta (EDA) para la diferenciación y toma de biopsias junto con otras pruebas de imagen para un estadiaje idóneo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. El caso descrito hace referencia a un paciente de 58 años sin AP de interés que consulta por epigastralgia con datos analíticos

normales. En EDA se visualiza estenosis congestiva a nivel de tercera porción duodenal. Se toman biopsias que confirman el origen concordante digestivo. Realización posterior de gastroyeyunostomía laparoscópica Billroth II.

Conclusiones

El AD es una neoplasia infrecuente con clínica inespecífica. La ausencia de hallazgos analíticos y radiológicos orientadores dificulta su identificación.

La resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento elegido.

CP-07. EXPERIENCIA Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTUDIOS DE HEMODINÁMICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Domínguez Humanes J, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez Z, Nogúes Gragera M, Masa Caballero A, Martín Holgado D, Herrador Paredes M, Mata Romero P, González Cordero PL, Vara Brenes D, Prados Manzano R, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Mateos Rodríguez JM, Fernández-Bermejo M, Robledo Andrés P, Solís Muñoz P

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Objetivo

Valorar los hallazgos clínicos, etiológicos, hemodinámicos y terapéuticos obtenidos de una cohorte consecutiva de pacientes sometidos a estudios de hemodinámica hepática en el Hospital Universitario de Cáceres.

Material y métodos

Estudio unicéntrico, descriptivo, en el que se incluye a los pacientes sometidos a estudio de hemodinámica hepática en el Hospital Universitario de Cáceres, en el período comprendido entre mayo de 2025 y la actualidad. Se analizaron variables demográficas, clínicas y etiológicas, terapéuticas y hemodinámicas.

Resultados

Se han incluido un total de 22 pacientes, 23 estudios en total, de los cuales 63,6% varones (n=14) y 36,4% mujeres (n=8), con edad media de 63,5 años (40-83). La etiología fue heterogénea: siendo la más frecuente la hepatopatía no filiada asociada a hipertensión portal (9.1%), seguida de

múltiples etiologías individuales (cirrosis alcohólica, MASLD, VHB, hepatocarcinoma, CEP), con igual distribución (4.5%). Las indicaciones predominantes fueron la hipertensión portal no controlada, hepatocarcinoma y colaterales significativas bajo BB (9.1% cada una).

Un 54,55% recibía tratamiento con BB antes del procedimiento. De estos, un 50% presentó gradiente menor de 12 mmHg. El HVP, en pacientes probablemente cirróticos, mostró una media de 9 mmHg, con valores <10 mmHg en el 68,2% de los pacientes, indicando HTP no clínicamente significativa en la mayoría. El diagnóstico más frecuente fue HTP no controlada (27,7%), seguido de enfermedad vascular portosinusoidal (18.2%). Siendo los pacientes probablemente cirróticos y con gradiente menor de 12 un 57.14%. Tras el estudio, el tratamiento se modificó en 31,8% de los casos.

Conclusiones

Los estudios de hemodinámica hepática permitieron clarificar diagnósticos y optimizar el tratamiento en una población compleja y diversa, por lo que se conforma como una herramienta esencial para diferenciar formas clínicas de hipertensión portal y guiar decisiones terapéuticas individualizadas.

CP-08. ESTENOSIS ESOFAGICA REFRACTARIA. MANEJO DE COMPLICACIONES INESPERADAS.

Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez ZA, Domínguez Humanes J, Nogúes Gragera M, Masa Caballero A, Mata Romero P, Herrador Paredes M, Gómez Hidalgo R, González Cordero PL, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Fernández Bermejo M, Mateos Rodríguez JM, Solís Muñoz P, Martín Holgado D, Robledo Andrés P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Introducción

La estenosis esofágica benigna refractaria supone un reto terapéutico complejo, especialmente en pacientes con fracaso a dilataciones endoscópicas repetidas. En los últimos años, técnicas endoscópicas avanzadas como la miotomía peroral endoscópica (O-POEM) han surgido como alternativas mínimamente invasivas. Presentamos un caso tratado mediante O-POEM y colocación posterior de prótesis esofágica unida a sonda PEG con una complicación inesperada.

Caso clínico

Varón de 49 años que comienza con un cuadro de disfagia hasta progresar a afagia completa. La gastroscopia mostro una estenosis esofágica severa de aspecto péptico, las biopsias mostraron tejido de granulación sin evidencia de malignidad. Se realizó una gastrostomía percutánea bajo control radiológico con colocación de sonda para alimentación y se realizaron dilataciones con balón hidrostático sin respuesta, se colocó prótesis metálica no cubierta con recidiva precoz tras su retirada por lo que se realizó una miotomía peroral endoscópica sin tunelización (O-POEM) colocando posteriormente una prótesis metálica para evitar la recidiva. Para fijar la prótesis y prevenir su migración se anclo el hilo distal de la misma por el interior de la sonda de alimentación.

Tras meses se produjo el cierre del estoma con salida de la sonda, quedando el hilo distal exteriorizado. Bajo visión endoscópica se introdujo una guía paralela, se dilató el estoma con Savary-Guilliard de 6 mm y balón de 9 mm, permitiendo recolocar la sonda PEG con el hilo en su interior y restablecer la fijación con adecuada tensión.

Conclusión

La estenosis esofágica benigna refractaria continúa siendo un reto terapéutico, con complicaciones asociadas a tratamientos invasivos. La O-POEM emerge como alternativa prometedora en casos seleccionados.

CP-09. ¿ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED HEPÁTICA? ¿HEPATITIS ALO-/AUTOINMUNE? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gómez Collado AM¹, Martín Morales M², González Rayo A¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, García Galera A¹, Núñez García GI¹, Zorrilla Abad J¹, Monge Romero MI¹, Aguilar Criado M², Rodríguez López A¹, Almena Sereno JA¹, García Linares L¹, Guiberteau Sánchez A¹, Rodríguez Díez N¹, Corchado Berjano C¹, Pérez Gallardo B¹, Narváez Rodríguez I¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ²SERVICIO DE INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Revisión de la literatura sobre la enfermedad injerto contra huésped (EICH) hepática y la hepatitis alo-/autoinmune (HAI) tras alotrasplante de progenitores hematopoyéticos (TPHA) y mostrar un caso clínico de nuestro centro.

Material y métodos

Descripción de caso clínico y revisión bibliográfica de la EICH hepática y la HAI tras TPHA.

Resultados

Las alteraciones hepáticas tras TPHA hacen necesario el despistaje de diferentes entidades incluyendo EICH, hepatitis infecciosa, farmacológica o alo-/autoinmune. Los resultados negativos de la serología infecciosa y los estudios de autoinmunidad, junto con las características y la hipertransaminasemia, sugirieron una probable EICH. Las manifestaciones autoinmunes tras un TPHA son infrecuentes y su fisiopatología es compleja y multifactorial. La diferenciación entre EICH hepática y HAI post-TPHA es compleja, siendo la biopsia hepática el elemento discriminativo más robusto. El caso que se describe corresponde a una paciente que presenta hipertransaminasemia tras el TPHA por un linfoma de Hodgkin. Destaca una biopsia hepática compatible con etiopatogenia alo-/autoinmune, tras una primera inicial normal, y la presencia de autoanticuerpos; apoyado por una buena respuesta a corticoesteroides.

Conclusión

Coincidiendo con la literatura, el caso sugiere una EICH hepática inicial con patrón colestásico, que evoluciona a una hepatitis alo-/autoinmune post-TPHA debido a la disregulación inmune.